

UNITE DE CHIRURGIE IMPLANTAIRE DE TATTONE

Centre Hospitalier de Corte-Tattone 20219 Vivario

DIPLOME UNIVERSITAIRE D'IMPLANTOLOGIE ORALE

Université de Corse / Association Dentaire Corse

FICHE MEDICALE

NOM : FARRE PRENOM : Anthony

DATE DE NAISSANCE : 27/06/1987

ADRESSE : 4 Residence Capitello

CODE POSTAL : 20166 VILLE : Porticcio

TEL PORTABLE : 0624 12 10 73

MAIL : anthony.farre@sfpr.fr

VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE : Dr Nunzi TEL :

VOTRE MEDECIN GENERALISTE : Dr Micelli TEL :

MEDECIN SPECIALISTE : TEL :
..... TEL :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU L'UNE DES MALADIES SUIVANTES :

INFARCTUS : NON

PROTHESE VALVULAIRE : NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU : NON

DIABETE : NON

TROUBLES GASTRIQUES OU HEPATIQUES : NON

TROUBLES RENAU : NON

TUBERCULOSE : NON

ALLERGIE : Aspirine (intolérance)

SINUSITE : oui

OSTEOMALACIE : NON

OSTEOPOROSE : NON

DEFICIENCE HORMONALE : NON

SOUFFREZ-VOUS D'APNEE DU SOMMEIL : NON

SI OUI PORTEZ-VOUS UN MASQUE A PRESSION POSITIVE DURANT LA NUIT :

AUTRES MALADIES :

AVEZ-VOUS SUBI UN TRAITEMENT PAR DES RAYONS : NON

SI OUI POUR QUELLE AFFECTION

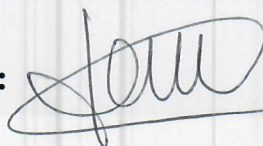
QUELS MEDICAMENTS VOUS SONT CONTRE-INDIQUES : Anti inflammatoire (Asthme)

FUMEZ-VOUS : NON

ETES-VOUS TRÈS ANXIEUX ET EMOTIF : NON

Date : 17/01/26

Signature :



ALLERGIES

1. Présentez-vous des réactions allergiques ? ☐ Oui ☒ Non
2. Avez-vous subi un test d'identification des déclencheurs allergiques ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui, était-il ☐ sanguin ou ☐ cutané ?
3. De quelle allergie souffrez-vous ?
- Aux médicaments ?
☐ Anesthésiques Lequel ?
☐ Antibiotiques Lequel ?
☐ Antalgiques Lequel ?
☒ Aspirine
- Aux métaux ?
☐ Nickel (sources typiques : bijoux, bracelets de montre, fermetures textiles, cosmétiques, entre autres).
☐ Chlorure de Cobalt (sources typiques : pigments bleus, noirs, peintures, teintures capillaires, antiperspirants, montures des lunettes, entre autres).
☐ Cuivre (bijoux, stérilets, entre autres).
☐ Titane (pacemakers, montures de lunettes de vue, certains types d'implants dentaires).
4. Avez-vous subi un test d'hypersensibilité aux métaux ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui, lequel ?
5. Avez-vous eu des réactions d'hypersensibilité aux dispositifs médicaux ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui, lesquels : ☐ Prothèse métallique ☐ Stérilet ☐ Implants dentaires ☐ Autre
6. Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ? ☐ Oui ☒ Non
- Si oui, laquelle ?
7. Souffrez-vous des affections cutanées ? ☒ Oui ☐ Non
- Si oui lesquelles : ☐ Eczéma ☐ Psoriasis ☒ Peau atopique ☐ Autre

ÉTAT DE VOTRE BOUCHE

- | | OUI | NON | ? |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Vous a-t-on déjà fait un examen radiographique complet de toutes vos dents ? | ☒ | ☐ | ☐ |
| 2. Avez-vous déjà eu des traitements pour vos gencives ?
Lesquels : | ☐ | ☒ | ☐ |
| 3. Êtes-vous gêné pour mastiquer vos aliments ? | ☐ | ☒ | ☐ |
| 4. Mastiquez-vous plus volontiers d'un côté que de l'autre ?
Si oui, lequel : ☐ gauche ☒ droit | ☒ | ☐ | ☐ |
| 5. Est-ce que vos dents sont sensibles ?
☐ au chaud ☐ au froid ☒ aux sucres ☐ à la mastication | ☒ | ☐ | ☐ |
| 6. Avez-vous l'habitude de consommer, journellement :
☐ des sucreries (bonbons, chocolats, confitures, miel, ...)
☐ des boissons acides (jus de fruits, ...) | ☐ | ☒ | ☐ |
| 7. Avez-vous des réflex nauséux (envie de vomir) :
- lors du brossage des dents ? ☐
- lorsque l'on prend une empreinte ou une radio dentaire ? ☐ | ☐ | ☒ | ☐ |
| 8. Grincez-vous des dents ?
☐ le jour ☒ la nuit | ☒ | ☐ | ☐ |
| 9. Avez-vous l'habitude de serrer des dents ? | ☒ | ☐ | ☐ |
| 10. Avez-vous :
☒ des douleurs dans les muscles de la mâchoire
☒ des craquements au niveau de l'articulation de la mâchoire (A.T.M.) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Avez-vous l'habitude de mordre ou de tenir des objets entre vos dents, tels que crayon, pipe, clous, épingle ? | ☐ | ☒ | ☐ |

Tattone le 17 Janvier 2026

PATIENT : Mr FARE Antony

CORRESPONDANT : Dr MINZI Di Diu

COURRIER du CORRESPONDANT : OUI NON

Tél :

PLAN DE TRAITEMENT :

PI sur 36. et 26 47.

1) Explant 36 + Ex + 37 + PRF + + +
Exhau 47 + PRF.

2) ROG. recv 3 et 4. 3) LI recv 3
2R " 4.

GREFFES OSSEUSES :

SINUS DROIT

SAUSSAGE Sect :

OSTEOTOMIE SEGT Secteur :

SINUS GAUCHE

ROG Verticale Sect :

Plaques : Y15 (06160) : X grande (06164) : X petite (06163) :

Vis Ostéo : 4mm : 5mm : 6mm : 8mm : 9mm :

SINUS LIFT : la pose des implants est-elle différée ? OUI NON.

MATERIAUX & IMPLANTS :

MAXILLAIRE SUP:

-GEISTLICH : Bio-Oss 0,5g L / S : Bio-Oss 2g L / S : Bio-Gide (25x25) : Bio-Gide (30x40) : Clous :

-BIOBANK : Poudre d'os cortico spongieux Biobank / 0,5 mm 1cc : / 0,5 mm 2cc :

-MEISINGER : Membrane DPTFE Ti 250 PL (30x40) : (25X30) : Membrane TXT 200 (12x24) : (25x30) :

Microvis pro-fix 4XPFFMF : Vis autoforante Pro-fix PFFMK : Pin's spéciaux Max inf MP50 :

SYSTEME IMPLANTAIRE :

SECTEURS : 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27

Diamètre :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Longueur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MAXILLAIRE INF:

-GEISTLICH : Bio-Oss 0,5g S : Bio-Oss 2g S : Bio-Gide (25x25) : Bio-Gide (30x40) : Clous :

-BIOBANK : Poudre d'os cortico spongieux Biobank : 0,5 mm / 1cc : 0,5 mm / 2cc :

-MEISINGER : Membrane DPTFE Ti 250 PL (30x40) : (25X30) : Membrane TXT 200 (12x24) : (25x30) :

Microvis pro-fix 4XPFFMF : Vis autoforante Pro-fix PFFMK : Pin's spéciaux Max inf MP50 :

SYSTEME IMPLANTAIRE :

SECTEURS : 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

Diamètre :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Longueur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

HÔPITAL DE TATTONE 20219 VIVARIO

Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale
Università di Corsica P. Paoli - Association Dentaire Corse

DEVIS - CONSENTEMENT édité le 16/01/2026

Document édité en 2 exemplaires dont un est remis au patient. Le devis ne peut prendre en compte avec exactitude la quantité de matériau utilisé pour les besoins de la chirurgie.

Tattone le, 17/01/2026

Nom et prénom du patient : MR FARRE Antony

Nbre d'implants à poser : 4 (47, 46, 36, 37)

Greffes tissus mous / PRF :

Greffes sous Sinusienne:

tel:

ADRESSÉ PAR LE DR NUNZY Didier

0	Sect:	Mini Implant:	Sect:
0	Sect:	ROG vert/3D:	sect
0	D / G	ROG/PRF	2 Sausage
			Sect :

La chirurgie est réalisée à titre gracieux par le(s) praticien(s)/étudiant(s) assisté(s) par un enseignant dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Implantologie de l'Università di Corsica

CHIRURGIES ET MATERIAUX	Coût à l'unité	Quantité	Total	Cotation
Pin's spéciaux mandibule Réf : MP50 (Meisinger)	20,00 €	0	- €	
Vis autoforante Pro-fix Réf : PFMK20. (Meisinger)	40,00 €	0	- €	
Claus IPP Pharma/ Geistlich 3mm	18,00 €	8	144,00 €	
Microvis Pro-fix Réf : 4XPfMF. (Meisinger)	35,00 €	0	- €	
Vis Ostéotomie L5, L6, L8 (IPP Pharma)	30,00 €	0	- €	
Plaque d'ostéosynthèse : Y réf 06160 (15mm)	110,00 €	0	- €	
Plaque d'ostéosynthèse : X réf 06164 (grande)	130,00 €	0	- €	
Plaque d'ostéosynthèse : X réf 06163 (petite)	130,00 €	0	- €	
IMPLANTS TITANE	480,00 €	0	- €	#N/A
IMPLANTS ZIRCON	700,00 €	0	- €	#N/A
Mini-implant ATLAS	150,00 €	0	- €	#N/A
Ostéotomie Segmentaire	800,00 €	0	- €	
ROG VERTICALE / ROG 3D	800,00 €	0	- €	
Latéralisation du nerf	1 500,00 €	0	- €	ADCA004
Grefe sous Sinusienne :	700,00 €	0	- €	GBBA002
Grefe en Onlay :	900,00 €	0	- €	NPC
Expansion 1 / 2 implants	900,00 €	0	- €	
ROG / PRF	500,00 €	2	1 000,00 €	HBBA003
Sausage Technique	800,00 €	0	- €	
Pilier de cicatrisation	40,00 €	0	- €	
Greffes Tissus mous / PRF	500,00 €	0	- €	HBED023
Bio-Bank (1cc) / 0,5mm	230,00 €	2	460,00 €	
Bio-Bank (2cc) / 0,5mm	350,00 €	0	- €	
Bio-Oss (2g) S / L	400,00 €	2	800,00 €	
Bio-Oss (0,5g) S / L	175,00 €	0	- €	
Bio-Oss (0,25g) S	100,00 €	0	- €	
Bio-Gide : 25X25	300,00 €	0	- €	
Bio-Gide : 30X40	400,00 €	2	800,00 €	
DPTFE armée Ti 250 PL 30x40	400,00 €	0	- €	
DPTFE armée Ti 250 PL 25x30	350,00 €	0	- €	
TXT 200 non armée 12x24	100,00 €	0	- €	
TXT 200 non armée 25x30	150,00 €	0	- €	
MCI : Provisoire (réalisé sur place par le prothésiste)	140,00 €	0	- €	
PILIER Prothétiques	70,00 €	0	- €	#N/A
EXPLANTATION	250,00 €	0	- €	
TOTAL			3 204,00 €	

CONSENTEMENT ECLAIRÉ DU PATIENT :

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé par le Docteur NUNZI Didier de manière claire et compréhensible concernant le traitement implantaire proposé.

- 1) Qu'aucune garantie de succès ne peut être assuré dans ce type de traitement.
- 2) Que des traitements alternatifs comme une prothèse amovible ou prothèse fixe sur dents naturelles seraient envisageables dans mon cas et que j'ai préféré la solution implantaire.
- 3) Que le fait de fumer nuit à la cicatrisation buccale et réduit le taux de succès.
- 4) Que des contrôles cliniques et radiographiques sont nécessaires deux fois par an lors des trois années qui suivent l'implantation, puis une fois par an par la suite.
- 5) Qu'en cas d'échec l'implant sera déposé sans frais supplémentaire liés à l'acte de dépose.
- 6) Que le devis n'inclut pas les coûts des guides radiologiques et chirurgicaux réalisés par le praticien qui m'adresse.
- 7) Que le devis n'inclut pas le coût de la prothèse réalisée par le praticien qui m'adresse.
- 8) Que le suivi sera assuré par le praticien qui m'adresse, comme décrit dans le paragraphe 4. En cas de changement de domicile, il assurera l'organisation de la continuité des soins.
- 9) Que les greffes osseuses dont la greffe du sinus maxillaire font l'objet d'un consentement particulier et de consignes particulières dont le document est joint au présent Devis - Consentement Éclairé.
- 10) Je reconnais avoir pu poser toutes les questions utiles et de disposer d'un délai de réflexion de 15 jours.

Docteur Rocchesani Marcel
Responsable de l'Unité de Chirurgie

LE PRATICIEN QUI ADRESSE LE PATIENT
Docteur NUNZI Didier

Le Patient

Date et signature précédées de la mention "lu et approuvé"

lu et approuvé
le 17/01/26